



Title	がん患者の疼痛管理の妨害因子に対する看護婦・医師の認識と知識・態度・関心度
Author(s)	久米, 弥寿子; 小笠原, 知枝; 馬場, 環 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 1999, 5(1), p. 8-16
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56837
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

がん患者の疼痛管理の妨害因子に対する 看護婦・医師の認識と知識・態度・関心度

久米弥寿子*・小笠原知枝*
馬場 環**・山中登喜子**・安藤昌代**

NURSE AND PHYSICIAN'S RECOGNITION OF BARRIERS FOR THE MANAGEMENT OF CANCER PAIN AND KNOWLEDGE, ATTITUDE AND CONCERN

Y. Kume, C. Ogasawara, T. Baba, T. Yamanaka, M. Andou

Abstract

The purpose of this study was to clarify the nurse and physicians' recognition of barriers to pain management for cancer patients. A questionnaire was given to a sample of 128 nurses and 167 physicians in a university hospital.

The results indicated the following:

- 1) Eight percent of nurses and eleven percent of doctors reported "very satisfied" in regards to pain management.
- 2) The staff indicated "inadequate staff knowledge of pain," "inadequate assessment" and "insufficient resources" as barriers.
- 3) Data analysis of experience showed that nurses with more than three years experience reported "physicians' reluctance to use narcotics". Residents more frequently answered recognition of barriers generally than other physicians.
- 4) The correct answer rate of staff knowledge about medication was low.
- 5) The staff recognized "the importance of the observation of pain" and "continuous assessment of pain is necessary" for pain management.
- 6) Significant correlations were found between "recognition of barriers" and "knowledge". "recognition of barriers" and "concern".

These results suggest the need for education and support which develop pain assessment, knowledge about medicine and concern toward pain management.

Key Words : cancer patient, pain management, barrier, recognition

要 旨

本研究では、がん患者の疼痛管理の妨害因子を明らかにし、対策を検討することを目的として、質問紙調査を実施した。分析対象者は、大学病院に勤務する看護婦 128 名および医師 167 名で、以下の点が明らかになった。

- 1) 疼痛を「よく緩和できている」という回答者は看護婦 8 %、医師 11 %であった。
- 2) 妨害因子としては、「不十分な知識」「不適切なアセスメント」「不十分な資源」が強く認識され、対応が求められている。
- 3) 妨害因子に対する認識を経験年数等で比較した結果、看護婦群では 3 年以上で「医師が麻薬を使用したらない」が高かった。医師群では、他の医師と比較すると研修医の方が妨害因子全項目を高く認識していた。
- 4) 知識内容では、薬剤についての正答率が全体的に低い傾向が見られた。
- 5) 態度に関する傾向として、「痛みの程度や種類の観察も大切」「アセスメントを繰り返す必要がある」等が重視されていた。
- 6) 「妨害因子に対する認識」「知識」「態度」「関心度」の関連性では、妨害因子の認識と知識、妨害因子の認識と関心度等の間で関連性が示された。

以上の結果から、疼痛管理についての関心度を高め、アセスメント能力や薬剤の知識を高めるための教育対策やサポート体制、適切な麻薬使用の強化等の必要性が示唆された。

キーワード：がん患者、疼痛管理、妨害因子、認識

I はじめに

国際的にも、がんによる死亡率は増加傾向であり、わが国においても、がん死亡者は年間 27 万人以上¹⁾となっている。一般に、進行がん患者の 70 %に何らかの痛みがあり、50 %はかなり強い痛みがある²⁾。このように、多数の人が思うがんによってもたらされる最大の苦痛が、「痛み」であることは、医療者の間での共通認識になりつつある。また、WHO による「がんの痛みからの解放」³⁾は、がん患者の疼痛管理と緩和ケアのためのガイドラインとなり普及してきた。

しかし、がん患者の疼痛管理は十分とは言えない。大学病院の疼痛管理の実態については、厚生省が全国の病院等の看護婦を対象に比較調査した結果で、大学病院の鎮痛法の満足度が 29.9 %⁴⁾と最も低いことが報告されている。疼痛管理に関して、一般に、先端医療を重視する大学病院の医療スタッフは何らかの困難さを感じ、疼痛管理の徹底という点では、問題に直面している。

Twycross⁵⁾ が、除痛を阻む原因を医療者側と患者・家族側の原因に分けて指摘している等、海外では、妨害因子 (barriers) についての研究⁶⁻⁸⁾や院内教育システム確立を目指した評価研究⁹⁾が行われている。しかし、日本での類似研究は少なく、妨害因子に関する実態や対策の検討は不十分である。従って、各施設における効果的な疼痛管理の対策を検討するためには、疼痛管理を困難にしている妨害因子を明確にすることが重要である。さらに、妨害因子に関連した他の要因を含めて解決策を探る必要がある。

筆者らは、妨害因子調査に関して、これまでも質問紙の検討と日米比較調査¹⁰⁾を実施してきたが、疼痛管理は看護婦と医師の連携で進められている実情から、看護婦と医師両者の認識を同時に明らかにし、全体および各々の傾向やそこでの対策を明確にする必要性が出てきた。

いくつかの先行研究¹¹⁻¹³⁾では、疼痛管理の妨害因子と知識・態度を関連づけて分析している。そこで、本研究では、疼痛管理の妨害因子に対する認識と疼痛管理に関する知識・態度に注目し、また、大学病院の特殊性を考慮して、疼痛管理や緩和ケアに対する関心度を追加して

分析する必要があると考えた。従って、本研究の目的は、1) 疼痛管理の妨害因子に対する看護婦と医師の認識および妨害因子の内容を明らかにする、2) 疼痛管理に関する知識・態度・関心度を明らかにすることである。そして、上記 1) と 2) の結果に基づいて、疼痛管理の対策を検討する。

本研究で用いる主な用語を次のように定義する。

- 1) 疼痛管理の妨害因子：効果的に疼痛管理を行うことを妨害している、あるいは障害となる因子である。
- 2) 妨害因子に対する認識：妨害因子の受け止め方の重大さに関することで、どれだけ重大な問題であるかという程度と内容を問うものである。
- 3) 疼痛管理に関する知識：疼痛管理に関して理解している内容を問う内容である。
- 4) 疼痛管理に関する態度：疼痛管理に関して望ましい姿勢や重視すべき考え、行動を問う内容である。
- 5) 関心度：疼痛管理や緩和ケアに対して抱いている関心の程度のことである。

II 方 法

1. 質問紙の作成

質問紙は、Ferrell and Leek's Pain Knowledge and Attitude(1992)¹⁴⁾を用いた。この質問紙の内容的妥当性は、疼痛管理のエキスパートにより米国疼痛協会の疼痛管理基準を用いて確認されている。また信頼性については再テスト法によって 0.80 の相関係数を得て確かめられている。

また、日本語版作成の段階においては、Bookbinderら¹⁵⁾によって、翻訳と妥当性の検証がなされ、15名の日本人看護婦が5段階で適切さを評価した後、内容妥当性指標 (content validity index) を求めて、0.90 であることが確認されている。また、日本語から英語へ逆翻訳をして、各項目内容の一致が確認されている。

今回の分析では、以上の質問紙に基づいて妨害因子項目を 11 項目で構成した。この信頼性については、クロンバック α 係数で 0.90 であった。その他、疼痛管理に関する態度項目は 19 項目、知識項目は 17 項目である。

その他、疼痛管理に対する関心度を問う 2 項目と対象者の傾向を把握する目的で疼痛管理の実施状況を把握するための 4 項目 (「がん性疼痛緩和の程度」「WHO 三段階除痛ラダーの知識・実践の実態」「患者の疼痛体験に対する医療スタッフの認識」「医療スタッフ間の連携の程

度」) を追加した。さらに、妨害因子の内容については、海外の先行研究には見られない日本特有の問題の可能性を考慮すると、具体的記述の分析は重要であり、妨害因子についての自由記述 (複数回答可) を求めた。

2. 調査対象者および調査方法

調査対象者は、A 大学病院に勤務し、前回の一次調査の時点で対象になっていなかった看護婦 140 名およびがん治療に関係している医師 214 名である。両者いずれもローテーション等で何らかの機会にがん患者の看護、治療経験を有する者である。質問紙の別紙に本調査の目的を付し、自記式無記名とし、看護部・医局の協力を得て、1997 年 9 月～10 月に各病棟単位ごとに質問紙を配布し回収した。

3. 分析方法

妨害因子項目は、「非常に重大な問題である」を 4 点、「全く問題ではない」を 1 点とし、態度項目は、望ましい態度への同意の程度を「全く同意する」を 4 点、「全く同意しない」を 1 点とする等の点数化を行った。関心度も同様であり、知識に関しては正答数を分析した。統計解析においては SPSS を用い、t 検定および Mann-Whitney の U 検定によって分析した。

III 結 果

1. 分析対象者のプロフィール

質問紙への回答は、看護婦 133 名 (回収率 95%) で有効回答 128 名、医師は 169 名 (回収率 79%) で有効回答 167 名であった。

看護婦の平均年齢は 24.8 ± 4.1 歳 (20～55 歳)、臨床経験平均年数は 3.2 ± 4.0 年 (1～35 年) であった。外来・手術室等の特殊領域を除く全ての病棟看護婦で、99.2% がスタッフの看護婦であった。看護婦の教育歴は、短大 63 名 (49.2%)、専門学校 3 年制 32 名 (25.0%)、専門学校 2 年制 10 名 (7.8%)、大学 9 名 (7.0%)、無回答 1 名であった。

医師の平均年齢は 31.2 ± 6.4 歳 (24～52 歳)、臨床経験平均年数は 2.7 ± 3.9 年 (1～20 年) であった。専門領域は、主に内科・外科系の領域で、その内、研修医は 65 名 (38.9%)、研究生 32 名 (19.2%)、助手 27 名 (16.2%)、その他講師等 38 名 (20.0%)、無回答 5 名であった。

2. 疼痛管理の実施状況

がん性疼痛を効果的に緩和できているかという質問に対し、看護婦では、2 名 (1.6%) が「全くできていない」、

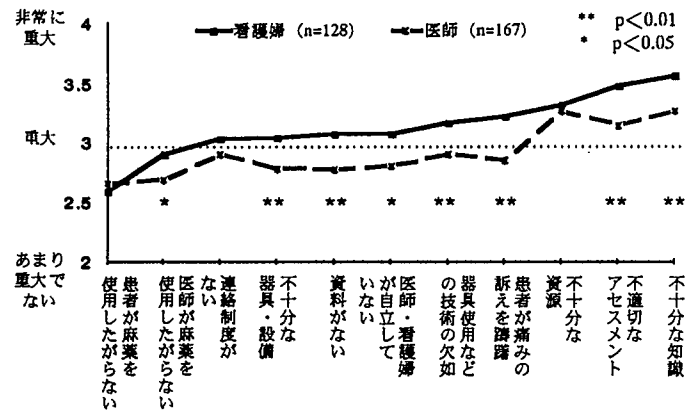


図1 疼痛管理の妨害因子に対する認識（看護婦・医師群間の比較）

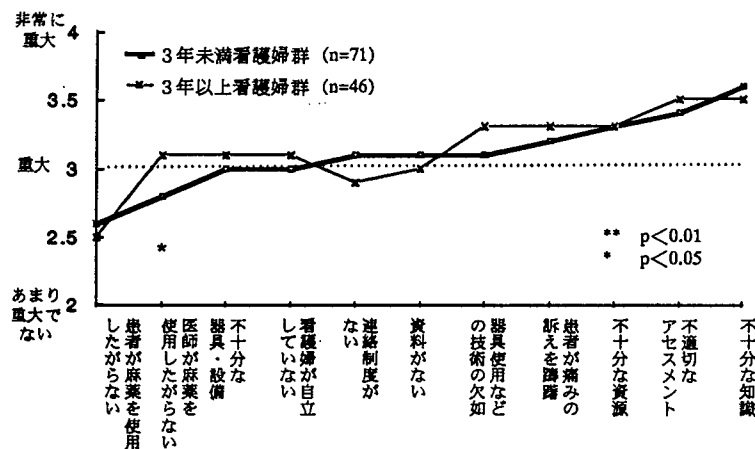


図2 疼痛管理の妨害因子に対する認識（看護婦間の比較）

39名 (32.8%) が「あまりできていない」、68名 (57.1%) が「まあまあできている」、10名 (8.4%) が「よくできている」と回答した。一方、医師では、4名 (2.5%) が「全くできていない」、54名 (33.5%) が「あまりできていない」、84名 (52.2%) が「まあまあできている」、18名 (11.2%) 「よくできている」、1名 (0.6%) が「とてもよくできている」であった。看護婦と医師間の有意差はなかった。WHO の「3段階除痛ラダーを実践している」と回答した医師は、34.2%であった。

3. 疼痛管理や緩和ケアに対する関心度

緩和ケアに関して、「全く関心がない」と回答した者は、医師にのみ3名 (1.9%)、「どちらかと言えばない」は看護婦で11名 (8.7%)、医師30名 (18.5%) であった。

4. 疼痛管理の妨害因子

ここでは、臨床経験年数の影響を考慮して、臨床経験に関する分析を加えた。医師については、比較的経験年数の少ない研修医と独立して診療が可能な他の医師では、妨害因子に対する認識度に違いがあると考えられるため、比較を行った。また、看護婦では、一般的に専門領域の基礎的把握には臨床経験3年前後が目安と考えられているので、本研究では3年を基準に比較した。

1) 看護婦群・医師群間の比較（図1）

図中の左側にある数値は、妨害因子に対する認識の程度を示している。看護婦、医師共に妨害因子に対する認識の高い項目は、「不十分な知識」「不適切なアセスメント」「不十分な資源」等であった。妨害因子として認識が低い項目は両群ともに、「患者が麻薬を使用しない」と「医師が麻薬を使用しない」であった。

看護婦群と医師群との比較で有意差の見られた項目は8項目で、「医師が麻薬を使用しない」「不十分な器具・設備」「資料がない」等であった。(p<0.05, p<0.01)。

2) 臨床経験3年未満の看護婦群と3年以上の看護婦群の比較（図2）

両群において大きな差異はないが、3年未満の看護婦は3年以上の看護婦に比較して、「不十分な知識」「資料がない」「専門家への連絡制度がない」を妨害因子として高く認識していた。3年以上の看護婦の認識では、「不適切なアセスメント」「器具や設備の使用に関する技術の欠如」「医師が麻薬を使用しない」等の項目が高く、特に「医師が麻薬を使用しない」では両群に有意差が見られた (p<0.05)。

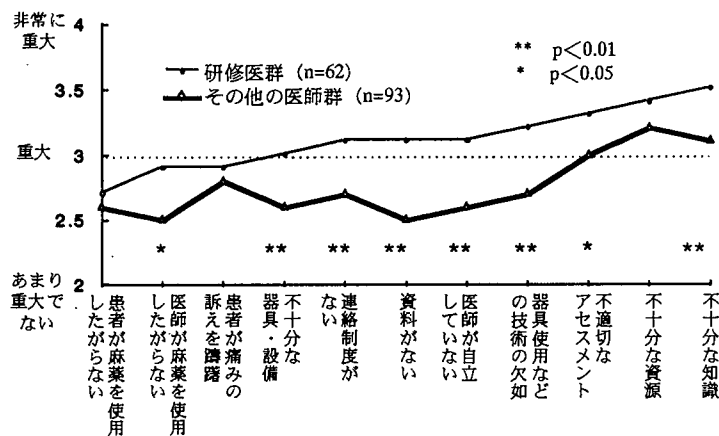


図3 疼痛管理の妨害因子に対する認識（医師群の比較）

表1 自由記述に見られた主な妨害因子（複数回答）

看護婦 (n=74)	記述数: 131件	医師 (n=72)	記述数: 123件
1 疼痛管理に関する知識、経験不足: 27件(20.6%) ・疼痛コントロール法 ・作用と副作用 ・鎮痛剤（麻薬を含めて）についての知識不足 ・経験が乏しく、すぐに判断、指示ができない		1 疼痛管理に関する知識、経験不足: 39件(31.7%) ・薬の作用と使用方法 ・麻薬 ・大学病院には終末期患者が少なく慣れていない	
2 不十分な疼痛アセスメント: 26件(19.8%) ・客観的に評価できる方法が統一されていない ・主観的な訴えである痛みの評価の難しさ ・アセスメントする能力の欠如		2 教育・管理システムが不十分: 14件(11.4%) ・サポートシステムが全くない ・麻薬処方の手続きが煩雑すぎる ・疼痛に関するマニュアルがない ・専門知識、技術習得のための教育の場がない	
3 患者が麻薬を使いたがらない: 16件(12.2%) ・麻薬を増量したくないため痛みを我慢する ・痛みは我慢するものという先入観がある ・医療者に対する遠慮		3 不十分な疼痛アセスメント: 10件(8.1%) ・痛みの尺度がない ・客観的評価が困難 ・痛みレベルのアセスメント基準が標準化されていない	
4 スタッフ間の連携の難しさ: 15件(11.5%) ・スタッフ間の考えや目標、関心度の違い ・医師と連絡がつきにくい ・医師間の意見の違い ・医師と看護婦で十分な意見交換ができていない		4 副作用対策の困難さと恐れ: 7件(5.7%) ・副作用対策が不十分 ・消化器症状が強い	
5 インフォームド・コンセントが不十分: 8件(6.1%) ・麻薬 ・病態 ・病名		5 スタッフ間の連携の難しさ: 7件(5.7%) ・スタッフ間のコミュニケーションの不足 ・医療スタッフ間の連絡不足	
6 他の要因による疼痛管理の難しさ: 7件(5.3%) ・安静 ・検査や治療 ・処置の多さ		6 緩和困難な対象者の存在: 7件(5.7%) ・血行動態が不安定なケース ・除痛困難で意識レベルの低下が見られる	

3) 研修医群と他の医師群との比較（図3）

全妨害因子項目で研修医群の認識の程度が高く、「不十分な知識」「不適切なアセスメント」「器具等を使用する技術の欠如」「医師が自立していない」「資料がない」「不十分な器具・設備」等、8項目において有意差が見られた ($p<0.05$, $p<0.01$)。

全体に認識が低く、研修医においても重大とは認識されていなかった項目は、「患者が麻薬を使用したが見えない」「医師が麻薬を使用したが見えない」「患者が痛みの訴えを躊躇する」であった。

4) 自由記述による妨害因子の内容（表1）

(1) 看護婦の自由記述による妨害因子

看護婦 74 名 (58%) が妨害因子について 131 件記述

していた。多かった内容は、疼痛管理に関する知識・経験不足の記述が 27 件 (20.6%)、不十分な疼痛アセスメントの記述は 26 件 (19.8%) で、具体的には「客観的に評価できる方法が統一されていない」等であった。その他、患者が麻薬を使用したが見えない、スタッフ間の連携の難しさ、インフォームド・コンセントが不十分、他の要因による疼痛管理の難しさ、等が挙げられていた。

(2) 医師の自由記述による妨害因子

72 名 (43%) の医師による記述が 123 件あった。多かった記述は、疼痛管理に関する知識・経験不足についての記述が 39 件 (31.7%) で、具体的には「薬の作用と使用方法」等であった。教育や管理システムが不十分であることに関連した記述は 14 件 (11.4%) で、「専門

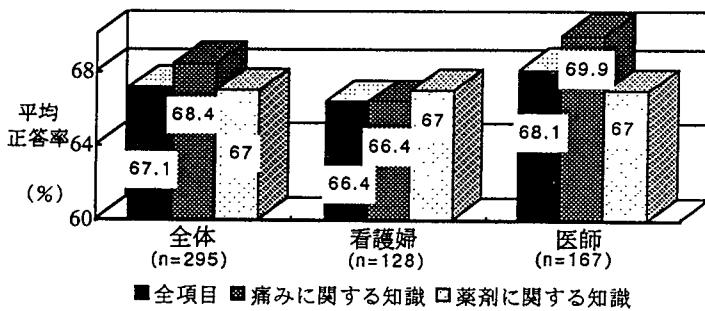


図4 疼痛管理に関する知識の正答率

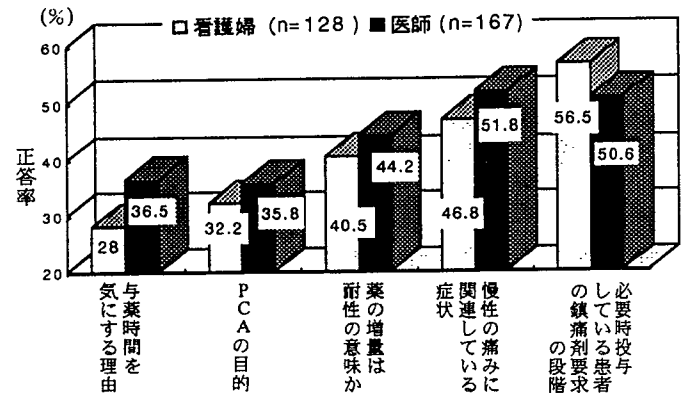


図5 疼痛管理に関する知識：正答率が低かった項目

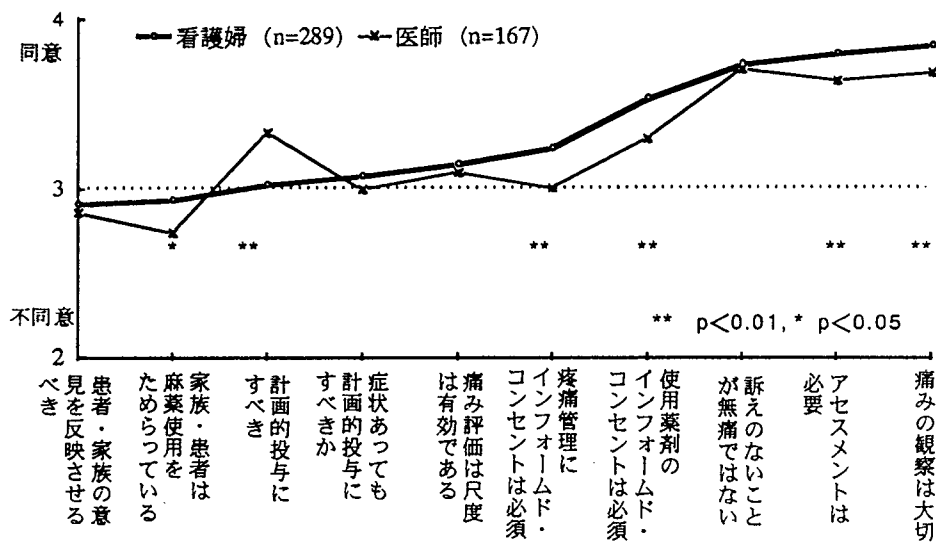


図6 疼痛管理に関する態度（上位10項目）

知識や技術習得のための教育の場がない」等が挙げられていた。不十分な疼痛アセスメントについては、10件（8.1%）で、「痛みの尺度がない」等の内容であった。その他、副作用対策の困難さ、スタッフ間の連携の難しさ、緩和困難な対象者の存在についてが挙げられていた。

4. 疼痛管理に関する知識の実態

知識を問う全17項目に対する平均正答率は、看護婦、医師ともに約11項目で、正答率は、全体で平均67.1%であった（図4）。看護婦では、疼痛に関する項目の正答

率が低く、医師では、薬剤に関する項目が低い結果であった。具体的知識内容で、正答率が低い項目は、「患者が与薬時間ばかり気にする理由」「PCAの目的」等の項目であった（図5）。

5. 疼痛管理に関する態度の実態（図6）

全体的に重視されていた態度項目は「患者の訴えを聴く」と同様に、痛みの程度や種類の観察も大切」「アセスメントを繰り返す必要がある」「痛みを訴えないということは、痛みがないことではない」等であった。

6. 「妨害因子に対する認識」と「疼痛管理に関する知識」「疼痛管理に関する態度」「緩和ケアに対する関心度」の関連性 (図7)

各関連性を相関係数で見ると、知識と態度の間には 0.227、緩和ケアに対する関心度と態度では 0.297、妨害因子の認識と緩和ケアに対する関心度では 0.169 で正の相関が見られ、妨害因子の認識と知識との間では、負の相関が認められた。

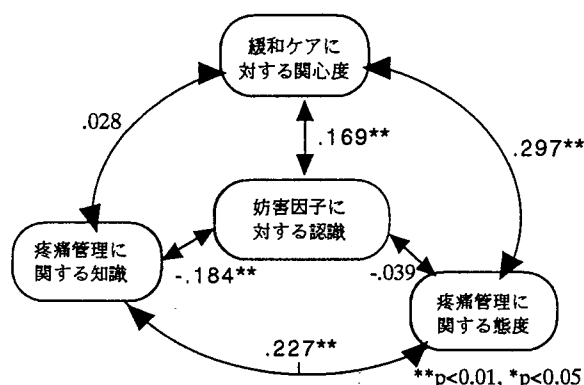


図7 妨害因子に対する認識と知識・態度・関心度の相関

IV 考 察

1. がん患者の疼痛管理の実態

1996年に厚生省が実施した調査では、疼痛管理に困っているとした看護婦は49.2%で、33.1%が鎮痛法に満足していた⁴⁾。本研究では、がん患者の疼痛管理の現状について、医師および看護婦の約6割が、疼痛緩和ができており、上記の報告との比較では痛みの管理に対する満足度は高かった。しかし、「よく緩和できている」と答えた看護婦は8%、医師では11%に過ぎなかった。また、WHO推奨の除痛ラダーを実施している医師が34.2%であった結果を考え合わせても、WHOや国際疼痛協会が強調したがん性疼痛からの徹底的な解放という目標には至っていないことを示している。

2. 疼痛管理の妨害因子に対する認識

1) 「不十分な知識」および「不適切なアセスメント」

本研究では全体的にも、また特に研修医と看護婦が、不十分な知識や不適切なアセスメントを強く認識していた。疼痛管理に関する態度では、観察の大切さやアセス

メントの必要性を重視していた。しかし、現実には実施しているアセスメントの仕方等の不適切さという点で、重大な妨害因子と認識されていた。海外でも、妨害因子として医師や看護婦の知識不足やアセスメント能力不足の指摘は多い^{16,17)}。我が国においても、厚生省の調査では、医師の認識不足、知識不足等が指摘されている⁴⁾。以上の点から、妨害因子の中でも、知識不足や不適切なアセスメントについての対策は重要な課題である。

疼痛アセスメントに関する具体的な自由記述内容から、統一したアセスメントの手段や方法がないという実態が伺われた。米国疼痛協会によると、バイタルサインと同様に疼痛のモニタリングを標準化する重要性が強調されている¹⁸⁾。患者にとって最も身近な観察者である看護婦には、疼痛管理における疼痛の観察やアセスメントの実施者として、日常的かつ重要な役割が求められている。疼痛アセスメントが妨害因子と認識された結果から、看護婦に対してのアセスメントに関する教育や記録の検討、尺度開発の必要性を再認識した。

知識不足の内容については、本調査の知識に関する結果で、薬剤に関する正答率は全体に低く、医師では薬剤、看護婦では疼痛に関する項目の正答率が低かった。具体的記述でも両者において「薬の作用」等が挙げられていた。看護婦では、疼痛に関して、医師では薬剤に関しての教育を検討する必要がある。医師群間の比較で、研修医は全体に妨害因子の認識が高く、他の医師は低かった結果からも、疼痛管理の経験や教育を考慮すべきである。特に医師では、教育・管理システムが不十分ということで、「専門知識や技術習得の場がない」等の意見もあり、薬剤や操作技術に関する卒後の具体的教育への要求があると考えられる。

教育の効果については、Bookbinderら⁹⁾は、組織的な疼痛管理に対する教育プログラムの実施により、看護婦の妨害因子に対する認識の低下が認められたと報告している。この報告によると、特にその低下が著明であった妨害因子は、スタッフの疼痛管理の知識不足、疼痛の程度や疼痛緩和に関する不十分なアセスメントや記録等であり、有意に改善されたとしている。この報告は、妨害因子対策における、教育プログラム実施の有効性を示唆している。本研究で、妨害因子の認識と知識、妨害因子の認識と関心度等の間で、有意な相関が認められた。知識の高い者ほど、妨害因子の認識は低いことが示され、知識を充実させる教育が、妨害因子の認識を低下させるのに効果がある、という先行研究⁹⁾の結果を支持してい

ると考える。教育の充実が重要な鍵であることが示唆された。

2) 「不十分な資源」「資料がない」「専門家への連絡制度がない」

全体でも、「不十分な資源」は高く、特に研修医以外の他の医師では最も強く認識されていた。この結果から、経験のある医師においても、疼痛管理を実践する上で活用できる資源を必要としていることが示された。

また、3年未満の看護婦や研修医群で「不十分な知識」「資料がない」「専門家への連絡制度がない」が比較的高かった。このことは、経験が少ないため知識不足を実感し、また、参考にする資料やサポートを求めている現れと考えられる。経験が少ないスタッフへは、知識や技術向上のための学習環境を含めた、資料、資源、設備等の充実、および指導者によるサポートが必要である。

3) 「医師が麻薬を使用しない」

3年以上の看護婦や研修医群では、「医師が麻薬を使用しない」が高く、他の群と比較しても、また、看護婦と医師間の比較でも有意差が見られた。この結果によって、医師が麻薬を使用することに対して、消極的であると認識されている実態が示され、看護婦は特に強く認識していることが明らかになった。日本の麻薬（モルヒネ）の消費量は、大幅な増加傾向にはあるものの欧米と比較してまだまだ少ない¹⁹⁾。この妨害因子に対する認識の背景を詳細に検討し、さらに適切な麻薬使用への働きかけが重要である。また、医師の自由記述で多かった麻薬管理のシステム上の対策も病院全体として検討する必要があるだろう。

4) 「患者が痛みの訴えを躊躇する」

患者が痛みの訴えを躊躇する、は看護婦で第4位にあげられ、特に3年以上の看護婦で強く認識されていた。疼痛管理を妨害する因子については、単純ではなく、医療者側の因子、患者側の因子、システム上の因子等諸要因の存在が指摘されている²⁰⁾。この「患者が痛みの訴えを躊躇する」は、患者側の因子であり、患者側にも目を向け、患者や家族への働きかけの必要性を示している。

5) 「スタッフ間の連携の難しさ」

自由記述の「スタッフ間の連携の難しさ」は、妨害因子項目には含まれていなかった。しかし、これは、日本の医療現場、特に大学病院での疼痛管理において、看護婦と医師が直面している問題を浮き彫りにしている。この結果から、看護婦・医師間の連絡調整の在り方を検討する必要がある。

V おわりに

本研究は、がん患者の疼痛管理を妨害する諸因子を明らかにし、対策を検討することを目的として質問紙調査を行った。その結果、以下の点が明らかになった。

- 1) 「よく疼痛緩和できている」と回答した者は看護婦で8%、医師で11%であり、十分な緩和には至っていない。
- 2) 妨害因子に対する認識では、全体に「不十分な知識」が高く、具体的な知識では、薬剤に関する正答率が低い傾向であった。医師では研修医の方が全般的に妨害因子の認識が高かった。研修医を含むスタッフへの薬剤に関する教育の必要性が示唆された。
- 3) 「不適切なアセスメント」は全体で強く認識され、医師と比較すると看護婦が特に高かった。態度傾向として、「痛みの観察も大切」「アセスメントを繰り返す必要がある」等が重視され、役割上の重要性からも看護婦へのアセスメント教育の必要性が示唆された。
- 4) 研修医と看護婦全体、殊に3年以上の看護婦の妨害因子に対する認識で「医師が麻薬を使用しない」が高かった。麻薬使用に対する積極的な対応を進める必要がある。
- 5) 「スタッフ間の連携の難しさ」は、妨害因子項目になかったもので、日本の大学病院が抱える問題の一端を示している。
- 6) 「妨害因子に対する認識」「知識」「態度」「関心度」の関連性から、妨害因子の認識と関心度、妨害因子の認識と知識間で関連性が示され、知識や関心度の向上が重要である。

以上の示唆された事柄に基づいて、教育対策を検討すると同時に、各病棟で疼痛アセスメントの徹底とこれに基づく積極的な疼痛管理への働きかけが今後の課題である。さらに、妨害因子に対する具体的な教育プログラムを作成して実施し、プログラム実施後の効果を明らかにする研究が必要である。

(本研究は平成9年度文部省科学研究費補助金基盤研究Cによるものである。)

謝 辞

本調査にあたり、ご協力いただきました関係機関及び対象者の皆様方に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生統計協会. (1998). 国民衛生の動向, 45, 50-53.

- 2) 武田文和, 石垣靖子. (1991). 癌患者の症状のコントロール. 医学書院. (pp.20).
- 3) WHO 編 (武田文和訳). (1986) がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金原出版.
- 4) 厚生省がん克服戦略研究事業第7分野「がん患者の緩和ケアに関する研究」班. (1996). 日本にけるがん患者の疼痛の出現率・鎮痛法の現状と除痛率の改善度. 1996年12月のがん疼痛・終末期医療のアンケート調査の報告書.
- 5) Twycross, R. G. (1983). Principles and Practice of Pain Relief in Terminal Cancer. *Cancer Forum*, 6, 23-33.
- 6) Joranson, D. E. (1994). Are Health-Care Reimbursement Policies a Barrier to Acute and Cancer Pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(4), 244-253.
- 7) Wallance, K. G., Reed, B. A., Pasero, C., Olsson, G. L. (1995). Staff Nurses Perceptions of Barriers to Effective Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(3), 204-213.
- 8) Lin, C., Ward, S. E. (1995). Patient-related Barriers to Cancer Pain Management in Taiwan. *Cancer Nursing*, 18(1), 16-22.
- 9) Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., et al. (1996). Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(6), 334-347.
- 10) 小笠原知枝, 田中結華, 久米弥寿子他. (1997). がん患者の痛み管理の妨害因子と看護婦の知識・態度に関する日米比較研究. *日本看護科学会誌*, 17, 338-339.
- 11) Furstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., et al. (1998). Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: a comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15(6), 335-349.
- 12) Vortherms, R., Ryan, P., Ward, S. E. (1992). Knowledge of attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses. *Res Nurse Health*, 15, 459-466.
- 13) 武田文和, 卯木次郎, 渡辺孝子他. (1995). 日本における医師と看護婦のがん疼痛治療に関する意識の現状. *がん患者と対症療法*, 6 (1), 45-52.
- 14) Ferrell, B. R., Leek, C. (1992). Pain management nurses knowledge and attitude survey. Department of Nursing Research and Education. City of Hope National Medical Center.
- 15) Bookbinder, M., Ogasawara, C. (1997). Pain Knowledge, Attitudes, and Barriers: Across-cultural Study Between U.S. and Japanese Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 24(2), 314.
- 16) MaCaffery, M., Ferrell, B. (1997). Nurses' Knowledge of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We made?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 175-186.
- 17) Elliott, T. E., Murray, D. M., Elliot, B. A., et al. (1995). Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: A survey from the Minnesota cancer pain project. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(7), 494-504.
- 18) Max, M. B., Donovan, M., Portenoy, R. K., et al. (1991). Standards for monitoring quality of analgesic treatment of acute pain and cancer pain. In M. R. Bond, J. E. Charlton, and C. J. Woolf (eds.), *Amsterdam: Elsevier*, pp.185-189.
- 19) 厚生省薬務局 (1996). 平成8年麻薬・覚せい剤行政の概況. 麻薬白書.
- 20) Cleeland, C. S. (1984). The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer*, 54, 2635-2641.